

DE

l'Extirpation des Ganglions Tuberculeux

DE LA RÉGION INGUINO-CRURALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1920

PAR

Charles DURAND

Né à Saint-Pargoire (Hérault), le 23 novembre 1893

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

DÉCORÉ DES CROIX DE GUERRE FRANÇAISE ET BELGE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ FORGUE, professeur, *président*.
ESTOR, professeur.
RICHE, agrégé
GAUSSEL, agrégé.

{ *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0167

DE

L'EXTIRPATION DES GANGLIONS TUBERCULEUX

DE LA RÉGION INGUINO-CRURALE

DE

L'Extirpation des Ganglions Tuberculeux

DE LA REGION INGUINO-CRURALE

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1920

PAR

Charles DURAND

Né à Saint-Pargoire (Hérault), le 23 novembre 1893

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

DÉCORÉ DES CROIX DE GUERRE FRANÇAISE ET BELGE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

FORGUE, professeur, *président.*

ESTOR, professeur.

RICHE, agrégé.

GAUSSEL, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM MAIRET (*)	DOYEN.
FORGUE (O *)	ASSESSEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.	MM TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	MAIRET (*)
Physique médicale.	IMBERT (*)
Botanique et histoire naturelle médicales.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (O *)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O *)
Physiologie.	HEDON (*)
Histologie.	VIALLETON.
Clinique médicale.	DU CAMP (*)
Anatomie.	GILIS (*)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.	BAUMEL (*)
Pathologie et thérapeutique générales.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H)
Clinique obstétricale.	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.	VIRET (*)
Anatomie pathologique.	MASSABEAU (H)
Chimie biologique et médicale.	DERRIEN (H)
Microbiologie.	N...
Pathologie interne.	N...
Clinique médicale.	N...
Médecine légale et toxicologie.	N...

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Charges de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.	MM DR ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURET, prof.-adj.
Clinique antr. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, prof.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O *) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.	SOURBEYRAN, * a. l. (ch. dec.)
Pathologie externe.	RICHE, agrégé (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements.	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.)
Matière médicale.	CABANNES, agrégé (ch. de c.)
Microbiologie.	LISBONNE, agrégé (ch. de c.)
Stomatologie.	WATON * (H), doct. (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELT (*)	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	RUZIERE.	PECH * (ch. d'agr.)
GAUSSEL * (H)	J. DELMAS (H).	VALLOISH. H (ch. d'agr.)
RICHE.	RIMBUD *	

Examineurs de la thèse

MM. FORGUE, professeur, président.	—	MM. RICHE, agrégé.
ESTOR, professeur.	—	GAUSSEL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle s'abstient d'en donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MES GRANDS PARENTS

MEIS ET AMICIS

MAGISTRIS

G. DURAND

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR E FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIRES
PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES CHEFS DE SERVICE

Monsieur le professeur agrégé JEANBRAU (1912)
Monsieur le professeur BAUMEL (1913)
Monsieur le professeur VEDEL (1914)
Monsieur le professeur agrégé GAUSSEL (1914)
Monsieur le professeur TRUC (1919-1920)

G. DURAND

De l'Extirpation des Ganglions Tuberculeux

DE LA

RÉGION INGUINO-CRURALE

INTRODUCTION — HISTORIQUE

Duret, au Congrès de chirurgie de 1901, donnant une statistique portant sur 76 cas d'adénites, ne note que deux cas d'adénite inguinale.

Bockel, de Strasbourg, au même Congrès, signale que, sur 470 opérations, il est intervenu 406 fois au cou, 32 fois à l'aisselle et 10 fois à l'aîne. Enfin, sur 212 cas de tuberculoses chirurgicales observés à l'Hôpital d'enfants de Ste-Marie, à New-York, Dowd compte 49 localisations dans les ganglions cervicaux et 6 localisation inguinales.

Ces chiffres démontrent surabondamment que la tuberculose des ganglions de la région inguino-crurale est chose relativement rare. Cependant Hippocrate et Galien l'avaient observée et ce dernier préconise déjà l'extirpation des ganglions adultérés.

Cette méthode, inaugurée par Galien, fut repoussée par la suite. Elle renaît avec Vésale, Fallope, Ambroise Paré, pour être de nouveau abandonnée au ^{xvii}^e siècle.

Au ^{xviii}^e siècle, les médecins militaires lui donnent de nouveau leur faveur et, malgré l'absence d'asepsie, les résultats donnés par leurs interventions, ne sont pas aussi mauvais qu'on l'aurait pu supposer.

Au ^{xix}^e siècle, l'extirpation après un temps d'oubli, est reprise à la fois en Allemagne et en France par la plupart des chirurgiens. Lejars dans un article de la *Presse médicale*, en 1894, Mansion, dans sa thèse inspirée par Broca, en 1895, se montrent partisans déterminés de l'extirpation et indiquent des procédés opératoires.

Mais si l'extirpation des ganglions de la région cervicale a été réglée depuis longtemps par de nombreux chirurgiens, il n'en est pas de même pour les ganglions de l'aîne où les adénites sont moins fréquentes et où la question d'esthétique se pose à peine.

C'est sur ce point technique que se sont trouvés d'accord simultanément M. Forgue et M. Gosset. Depuis plusieurs années antérieurement à l'article de M. Gosset, dans le *Journal de chirurgie* de 1909, M. Forgue avait réglé cette extirpation et le traitement essentiel de la saphène, d'une façon absolument identique à celle publiée par M. Gosset. Les leçons cliniques et les dessins qu'il avait fait établir par M. le docteur Misset, alors stagiaire dans son service, en font foi. C'est cette technique que nous avons l'intention de décrire.

Nous examinerons, dans une première partie, les conditions et les indications de l'extirpation des ganglions inguino-cruraux. Dans une deuxième partie, nous exposerons, après un rappel anatomique et topographique, la

technique de M. le professeur Forgue. Enfin, dans une troisième partie, nous examinerons les incidents opératoires, les suites opératoires et nous conclurons après avoir exposé les résultats obtenus dans le service de M. Forgue pendant vingt ans.

INDICATIONS

Doit-on extirper les masses ganglionnaires tuberculeuses de l'aine? Ou bien faut-il s'en tenir au traitement des ponctions et injections interstitielles aidées des moyens médicaux généraux? Ou bien enfin trouverons-nous dans la radiothérapie un moyen d'efficacité assez avéré pour que le traitement opératoire des ganglions de ce siège devienne exceptionnel?

Nous n'hésitons pas à déclarer que plus encore que pour les adénites cervicales, le traitement de choix est l'extirpation. Il faut considérer en effet que le traitement par les ponctions et injections présente ici de particuliers inconvénients: les points de ponction se fistulisent facilement, en raison des mouvements de flexion de la cuisse, des décollements se produisant qui créent des poches purulentes à téguments amincis. Il est difficile de maintenir à la région inguino-crurale, une asepsie constante et une infection mixte des ganglions ramollis et fistulisés est une complication à redouter. Il est donc réel que ce traitement conservateur ne rencontre point ici des conditions aussi favorables qu'ailleurs: il fait perdre du temps, il prolonge l'indisponibilité du malade, il crée, s'il échoue, par décollement tégumentaire et fistulisation, des conditions défavorables à l'extirpation.

Il nous semble donc que c'est l'extirpation qui donne les

résultats les plus complets, les plus sûrs, les plus rapides ; et celà a bien son importance dans la clientèle ouvrière où l'indisponibilité doit être réduite au minimum. Et il est manifeste aussi que plus l'opération sera précoce, plus ses conditions d'exécution technique seront favorables, partant plus la guérison sera totale et prompte. Si l'on ne recourt à l'extirpation qu'après de longs délais, lorsque les ganglions sont ramollis et ulcérés, lorsque les téguments sont amincis, lorsque la masse est devenue adhérente au paquet vasculaire, il est bien clair que l'opération sera plus malaisée, moins efficace, suivie d'une cicatrisation moins régulière. Que si, au contraire, on opère alors que la masse est encore à l'état de crudité, en cours d'intervention, on ne rencontrera aucun abcès froid capable d'inoculer le champ opératoire, la péri-adénite n'aura pas encore fixé le paquet ganglionnaire aux parties profondes, l'opération pourra être conduite suivant la technique très précise que nous décrivons : le dégagement de la saphène, la ligature de son confluent, se feront avec la plus grande netteté, la réunion s'obtiendra par première intention ; les téguments ayant gardé leur entière vitalité.

Done, il est permis d'affirmer, sous la réserve d'une technique parfaite, la prééminence de la méthode d'extirpation ; mais encore une fois, si l'on veut donner à cette méthode toute sa valeur, il ne faut point attendre pour l'appliquer que la gravité des lésions ait accru ses difficultés et les risques de complication.

Quant au traitement radiothérapique, nous manquons d'expérience pour le juger ; maints chirurgiens étrangers le recommandent chaudement. Il nous paraît cependant qu'il rencontre à l'aine, en raison du peu d'épaisseur des téguments, des possibilités de radiodermites plus faciles et

plus rapides, des conditions moins favorables qu'au niveau du cou.

Nous devons ajouter que ces conclusions visant la supériorité de l'extirpation sont surtout applicables aux adultes de la clientèle hospitalière; pour l'enfant, surtout si la cure marine peut être utilisée, avec les longs délais nécessaires, il est certain que la méthode conservatrice garde ses avantages et ses indications.

Par contre, il est des cas où l'extirpation doit être absolument contre-indiquée. En effet, nous avons supposé que seuls les ganglions étaient atteints. Mais si des lésions pulmonaires, viscérales ou ostéo-articulaires viennent se surajouter aux lésions du système lymphatique, le problème est tout autre. Il est évident qu'il ne faudra pas se hasarder à intervenir chez un phthisique ou chez un malade porteur d'une ostéo-arthrite du genou ou du cou-de-pied. Il faut pour que l'intervention soit indiquée formellement, que l'état général soit bon. Ces conditions observées, les craintes de Verneuil, au sujet des interventions chez les tuberculeux, sont actuellement complètement abandonnées. Certains chirurgiens même font bénéficier de l'intervention, des malades déjà atteints de tuberculose viscérale par trop avancée, qui sont ainsi débarrassés d'un foyer d'infection secondaire qui les cachectise du fait de sa supuration intarissable.

ANATOMIE DE LA RÉGION

Topographiquement, on divise les ganglions inguinaux cruraux en superficiels et profonds, selon qu'ils sont situés sous le fascia superficialis ou sous le fascia cribriformis.

Les ganglions superficiels inguinaux ou cruraux comprennent une douzaine, quelquefois plus, de ganglions. Limités en haut par l'arcade de Fallope, ils ne descendent pas à plus de 6 à 8 centimètres de cette arcade. Ils sont en rapport avec les organes sous-cutanés de la région, l'artère sous-cutanée abdominale en haut, la circonflexe iliaque superficielle en dehors, la honteuse externe en dedans et enfin point essentiel, avec le segment terminal et la crosse de la veine saphène interne. On range ces ganglions en plusieurs groupes, selon qu'ils sont alimentés par les lymphatiques de telle ou telle région. Cette division d'ailleurs des plus artificielles, n'a pas d'intérêt au point de vue qui nous occupe : on extirpe tous les ganglions que l'on peut atteindre sans exception. Il faut cependant noter la présence de ganglions isolés aberrants, situés au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, décrits par Auspitz. Lejars a rencontré aussi des ganglions au-dessus de l'arcade crurale sous la peau de l'abdomen.

Les ganglions profonds, bien moins importants, sous-aponévrotiques, sont au nombre de 2 à 5. De volume peu considérable, ils s'échelonnent en dedans de la veine fémorale.

rale et l'un d'eux est constamment situé sous la saphène au point où elle se jette dans la veine fémorale. Le ganglion sus-jacent est logé dans le canal crural. Enfin le ganglion le plus élevé occupe la partie interne de l'anneau crural et pointe à travers le septum crural dans la cavité pelvienne: c'est ce ganglion que les Allemands appellent ganglion de Rosenmuller et que nous appelons ganglion de Cloquet. Le septum crural seul le sépare du péritoine.

Quand on extirpe les ganglions de la région inguino-crurale, on est quelquefois appelé à enlever aussi les ganglions iliaques externes qui de proche en proche ont été infectés à leur tour. Ces ganglions forment autour des vaisseaux iliaques, trois chaînes: une chaîne externe, une chaîne moyenne, et une chaîne interne.

1° La chaîne externe comporte le plus souvent trois ou quatre ganglions qui ont tendance à s'insinuer entre le bord interne du psoas et l'artère iliaque externe. Le plus inférieur se trouve immédiatement en arrière de l'arcade crurale. Placé sur la portion terminale de l'artère, il recouvre le point d'origine de l'artère circonflexe iliaque et de l'artère épigastrique. C'est à ce ganglion en général assez volumineux que Poirier donne le nom de rétro-crural-externe.

2° La chaîne moyenne comprend deux ou trois ganglions logés sur la face antérieure de la veine iliaque externe;

3° La chaîne interne s'étale sous la veine. Le ganglion le plus inférieur de cette chaîne fait suite à celui de Cloquet: c'est le ganglion rétro-crural interne de Poirier.

Au point de vue pathologique, la tuberculose peut envahir tous les groupes que nous avons décrits. Mais elle se localise le plus souvent aux ganglions du triangle de Scarpa où elle peut prendre trois formes. Ces formes se mêlent

et se succèdent, mais il n'est cependant pas inutile de les énumérer.

Tout d'abord un ganglion seul peut paraître pris, c'est là la forme monoganglionnaire : le lymphome, ou bien de proche en proche, plusieurs ganglions sont infectés et s'hypertrophient, c'est là la forme polyganglionnaire. Enfin le paquet ganglionnaire peut être volumineux, noyé dans une masse de péri-adénite. Parmi ces ganglions les uns sont encore crus, les autres sont ramollis, d'autres enfin, du fait de l'envahissement de la peau se sont ouverts à l'extérieur et par ces fistules, la porte s'est ouverte aux infections secondaires. C'est dans ces dernières formes que se classent la majorité des cas qui se présentent au chirurgien et sa tâche n'en est que plus ardue.

TECHNIQUE

Un premier principe doit être affirmé : l'ablation du paquet ganglionnaire doit se faire en bloc, sans morcellement ganglions et masses de péri-adénite y comprises.

Un second point anatomique est le suivant : la seule difficulté réelle, c'est le rapport que contracte la veine saphène interne avec la masse ganglionnaire. On peut dire que cette masse est littéralement embrochée par la crosse de la saphène interne. De là, il suit que la technique logique et sûre consiste : 1° à sectionner la saphène au-dessous du pôle inférieur du paquet ganglionnaire ; 2° à aller la saisir à la face profonde de la masse ganglionnaire exactement à son confluent dans la fémorale superficielle.

Restent trois autres pédicules vasculaires qui abordent la périphérie du paquet ; mais ceux-là sont d'une importance secondaire ; il est utile de les saisir dès le premier temps de l'opération pour donner à l'hémostase toute sa précision, mais ils n'ont pas dans le procédé technique l'importance majeure du rapport de la saphène. Ce sont les trois pédicules suivants : 1° en haut et en dehors les vaisseaux circonflexes iliaques superficiels ; 2° en haut les vaisseaux sous-cutanés abdominaux ; 3° en dedans les vaisseaux honteux externes.

Il s'en suit que la conduite de l'opération doit être menée ainsi qu'il suit : La masse ganglionnaire doit être

découverte dans toute son étendue et jusqu'à ses extrêmes limites périphériques. On peut pour cela recourir soit à une incision de direction verticale s'étendant de quelques centimètres au-dessus de l'arcade jusqu'à quelques centimètres au-dessous du pôle inférieure de la masse visible et palpable, soit à une incision transversale suivant la direction du ligament de Fallope. L'une et l'autre ont leurs avantages. On peut d'ailleurs les combiner s'il y a nécessité. En règle générale le professeur Forgue préfère l'incision verticale. Dans cette découverte de la masse ganglionnaire, il faut avoir soin de conserver aux téguments de la région de l'aîne toute leur épaisseur, de ne point les cliver de trop près, de garder le pannicule sous-cutané, nourricier des lambeaux: très souvent ces téguments sont amincis, de vitalité réduite et il faut craindre des points de sphacèle secondaire.

Donc voici la masse ganglionnaire mise à découvert jusqu'à sa périphérie. D'emblée il faut se porter vers le pôle inférieur, rechercher la saphène interne au-dessous de lui, la découvrir et la suturer entre deux ligatures. Puis commence le travail qui va peu à peu, et d'une façon concentrique, libérer la masse ganglionnaire à la face profonde en se portant méthodiquement vers le point critique qui est le confluent des deux veines. Le professeur Forgue commence en général par le pôle supérieur de la tumeur: à coups de bistouri menés d'un trait continu, il dégage la partie supérieure du paquet ganglionnaire en se portant jusqu'à l'aponévrose du grand oblique au-dessus de l'arcade crurale. Dans cette dissection supérieure de la masse on rencontre la circonflexe iliaque superficielle dans le point où elle se dirige parallèlement à l'arcade vers l'épine iliaque antérieure et supérieure; on dégage à ce niveau trois ou quatre ganglions supéro-externes ou ganglions de

Auspitz. Puis les vaisseaux sous-cutanés abdominaux sont liés au-dessus de l'arcade. Vient maintenant le tour des vaisseaux honteux externes. En général, on rencontre deux artères, l'une supérieure sous-cutanée, l'autre inférieure sous-aponévrotique, plus rarement elles sont au nombre de trois ou quatre ; mais leur ligature méthodique est très facile à la condition de charger, de chaque côté, sur un écarteur de Volkmann, les lèvres de l'incision ; de ce côté, on peut avancer le décollement sur tout le plan de l'aponévrose pectinéale.

Reste maintenant le temps capital qui consiste à aborder le confluent de la saphène dans la veine fémorale. Pour cela le pôle inférieur ayant été libéré et disséqué aussi haut que possible, c'est vers le côté externe qu'il faut continuer le décollement. Un ou deux écarteurs de Volkmann accrochent le bord externe de la masse ganglionnaire et la tirent peu à peu en dedans, en la faisant basculer et en dégagant sa face profonde, soit par petits coups de ciseaux mousses travaillant de la pointe, tangentiellement au plan vasculaire, soit surtout par décortication avec l'index coiffé d'une compresse. Rien ne vaut le travail de décollement doux et progressif que l'on réalise ainsi, avec le doigt clavant la face profonde du paquet, pendant que les crochets de Volkmann basculent peu à peu la masse. On peut s'aider aussi de quelques coups tangents de la sonde de Kocher qui excelle à faire ce travail de dissection mousse. On reconnaît ainsi qu'on approche de la gaine vasculaire ; un moment arrive où l'on reconnaît le confluent des deux veines. Sans dénuder la veine fémorale, c'est à coups de pointe de la sonde cannelée, que M. le professeur Forgue dégage la saphène sur une étendue de quelques millimètres suffisante d'une part pour passer avec l'aiguille de Deschamps un catgut qui la liera à son confluent et d'autre

part pour glisser, sur le bout périphérique une pince à mors minces ; entre la ligature et la pince on coupe la veine, dès lors la masse est à peu près libre et il n'y a qu'à poursuivre la dissection de quelques connexions qui persistent encore en dedans vers l'aponévrose pectinée.

Dans le cas où le paquet inguinal se prolonge vers la chaîne iliaque, on peut choisir entre deux partis :

S'il suffit d'enlever le ganglion de Cloquet et les groupes les plus voisins de l'arcade, on peut y réussir comme M. le professeur Forgue l'a fait deux fois en incisant l'arcade, en refoulant en haut le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse que l'on charge sur un large écarteur et en décollant le péritoine. On peut enlever ainsi le ganglion rétro-crural externe et la chaîne moyenne des ganglions iliaques externes.

Mais quand il s'agit d'une masse ganglionnaire volumineuse comprenant vraisemblablement toute la chaîne des ganglions iliaques et pouvant conduire l'intervention jusqu'au groupe des iliaques primitifs l'important est de voir clair et pour les ménager plus sûrement, en raison des adhérences fréquentes, de découvrir les vaisseaux iliaques externes par le procédé de choix, c'est-à-dire par celui que régla si précisément Farabeuf.

INCIDENTS OPERATOIRES

En somme, la question de médecine opératoire est dominée par ce point capital: il s'agit d'éviter la lésion de la veine fémorale.

Sans doute, si malgré toutes les précautions techniques, cette lésion survenait, elle serait dans la majorité des cas réparable.

D'abord parce que l'asepsie nous a permis de considérer comme non valables les craintes autrefois émises sur la ligature de la veine fémorale. En effet, la gêne circulatoire considérable qui succédait à cette ligature tenait surtout à la thrombose progressive qui obturait de proche en proche les réseaux veineux. Ainsi que la guerre en a donné l'expérience il est possible de lier la veine fémorale sans risque de gangrène surtout quand la présence d'une masse comprimant la région de la veine a déjà préparé une circulation veineuse collatérale.

D'autre part, s'il arrivait qu'on lésât la veine fémorale, nous sommes maintenant bien armés par une technique de précision pour réparer cette lésion. S'agit-il d'une plaie latérale, c'est à la suture latérale avec une aiguille fine que l'on aura recours. S'agit-il d'une lésion circonférentielle, trop étendue pour que cette suture latérale soit réalisable, on procèdera à une suture circulaire à condition que la lésion soit assez basse sous l'arcade.

Il faut cependant reconnaître que son exécution n'est

pas facile et que l'on ne peut garantir la perméabilité définitive du vaisseau.

Il n'en est pas moins vrai que même dans ces conditions de la chirurgie moderne, une lésion de la veine fémorale complique singulièrement l'intervention qui sans cela est d'une parfaite sécurité. Il faut répéter encore une fois qu'il appartient à une technique attentive de se préserver de cet incident. Il ne s'agit pas ici d'aller vite, il faut aller sûrement, il faut soigner particulièrement le décollement profond de la masse, la libérer avec douceur sans aucune traction brutale. Il faut s'efforcer de dégager la saphène et les vaisseaux courts à quelque distance de leur confluent dans la veine fémorale: c'est la façon d'éviter ce que Lejars redoutait c'est-à-dire la présence d'un véritable trou dans la paroi veineuse succédant à la section trop près de la veine fémorale de ses affluents collatéraux.

Enfin, un autre accident opératoire qui peut survenir lorsque l'intervention porte sur les ganglions iliaques, est la blessure du péritoine. En général, cet accident n'a pas de suites graves, grâce à l'asepsie. Il n'est noté dans aucune des observations que nous avons sous les yeux et les cas signalés sont peu nombreux. Delbet, au Congrès de chirurgie de 1901, lut une observation personnelle où il relate que la blessure de la séreuse lui permit de constater que de proche en proche par la chaîne ganglionnaire, le péritoine était envahi par les granulations tuberculeuses.

Cet accident se pourra éviter facilement si l'on a soin de décoller la séreuse avec douceur avec le doigt coiffé d'une compresse et non avec l'aide d'instruments qui agissent toujours trop brutalement. Enfin, si malgré toutes les précautions prises, il arrivait que la séreuse fut entamée, il n'y aurait qu'une ressource c'est après un attouchement au formol à 1 p. 100 d'en pratiquer la suture soigneuse au catgut.

SUITES POST-OPERATOIRES

La complication post-opératoire sur laquelle il faille compter est celle qui résulte du défaut de vitalité des téguments quand on a laissé la masse ganglionnaire se ramollir. Il arrive alors quel que soit le soin de l'asepsie, quelle que soit la direction de l'incision verticale ou transversale que dans les jours qui suivent on observe un sphacèle partiel des téguments amincis disséqués de trop près et toujours un peu flottants. A cet égard, il faut éviter d'exercer sur la région opératoire, avec le pansement, une compression trop serrée qui peut accroître les risques de sphacèle; c'est dire le soin que l'on doit apporter à l'hémostase, de façon à n'avoir point à compter sur cette compression pour empêcher la formation d'un hématome sous les téguments. De ce sphacèle partiel résulte une dissection partielle. Dès lors c'est une partie de la plaie opératoire qui ne se réunira que petit à petit, par granulation et épidermisation et nous avons ainsi noté un retard de deux mois et davantage.

Une complication qui se pourrait craindre à priori et qui est exceptionnelle c'est celle de l'œdème chronique des bourses et du pénis par obstruction de la circulation lymphatique. Nous n'en avons observé qu'un cas chez un Espagnol dont l'observation est particulièrement intéressante en ce sens qu'elle est la seule sur une série de plus de trente

opérations où M. Forgue ait noté à distance des troubles de stase circulatoire.

Il s'agit d'un homme âgé de 30 ans, Espagnol, qui avait été opéré un an avant par M. Forgue pour des masses ganglionnaires bilatérales occupant la région du triangle de Scarpa des deux côtés. Le cas était particulièrement grave : il s'agissait de volumineux paquets ganglionnaires développés aux dépens de l'ensemble des ganglions de la région avec une péri-adénite diffuse et de nombreux points caséux ramollis. Néanmoins l'excision méthodique avait pu être conduite des deux côtés suivant la technique régulière ; et il n'y avait eu à signaler qu'un retard de cicatrisation à droite où les téguments très amincis avaient présenté du sphacèle partiel des bords.

L'homme avait quitté la clinique en état de complète guérison locale ; mais on notait déjà, surtout à droite, une tuméfaction profonde qui correspondait à une poly-adénite iliaque externe.

Ce n'est que trois mois plus tard que le sujet voit ses bourses et son pénis s'œdématier. Il revient dans le service de M. le professeur Forgue et l'on constate en effet un œdème très marqué du scrotum et de la verge. On prescrit le port d'un suspensoir Horand-Lenglebert et l'on recommande au sujet qui a repris la totalité de ses travaux de cultivateur de se reposer quelques jours. A l'intérieur, on marque de l'iodure de potassium.

Neuf mois après, l'œdème du scrotum persiste et s'est aggravé. Il semble aussi que les téguments présentent un certain épaississement. Le scrotum a le volume d'une tête de fœtus à terme. Cet œdème chronique s'étend à la verge dont le fourreau est notablement tuméfié. La chaîne des ganglions iliaques s'est considérablement développée et l'on trouve dans la fosse iliaque droite une masse volumi-

neuse dont il est manifestement impossible de tenter l'extirpation.

Il s'agit donc, et c'est le cas unique qui ait été observé dans le service de M. le professeur Forgue, d'un œdème par stase circulatoire; lymphatique? ou simplement veineuse? Il est impossible de trancher le mode exact de production de cet œdème. Il est vraisemblable que la stase lymphatique y joue le rôle prépondérant puisque les membres inférieurs ne montrent aucun œdème.

D'ailleurs, ce qui semble le démontrer, c'est que le traitement radiothérapique de la masse ganglionnaire iliaque inopérable a produit une diminution notable de cet œdème.

En effet, le 10 juillet 1920, le malade est revenu après sa septième séance de radiothérapie: l'amélioration est considérable, l'œdème a presque totalement disparu au niveau du pénis; il ne persiste qu'à un très faible degré au niveau des enveloppes scrotales; les deux aines présentent un état de guérison parfait sans induration avec une cicatrice nette. Et ce qu'il y a de plus frappant et ce qui doit être porté à l'actif de la radiothérapie, c'est la diminution très notable des masses ganglionnaire iliaques. A gauche, on ne trouve qu'une petite tuméfaction au-dessus de l'arcade; à droite la chaîne iliaque primitive a rétrocedé, et il ne persiste qu'une petite masse dans le groupe le plus inférieur au-dessus de l'arcade. L'état général est excellent.

D'autres cas analogues ont été signalés par Brouardel, Haralomb, Hamann, Riedel et Fiorre. Dans toutes ces observations, c'est presque toujours à la suite d'une intervention bilatérale que l'œdème a apparu. C'est là malgré tout une complication exceptionnelle et l'on peut conclure avec Besnier « qu'autant le curettage et l'extirpation des ganglions sont fréquents, autant sont rares les cas d'éléphantiasis ».

RESULTATS

Depuis vingt ans, il a été pratiqué par M. le professeur Forgue plus de trente extirpations des ganglions inguino-cruraux. Chose remarquable, toutes ces interventions, sauf une, concernent uniquement des hommes et des hommes adultes. Une seule a porté sur une petite fille âgée de 9 ans.

Disons tout de suite que la mortalité opératoire a été nulle bien que dans trois cas, soit le dixième, on ait eu affaire à des adénites bilatérales.

Les incidents opératoires ont été nuls: dans aucun cas la veine fémorale n'a été lésée. Le péritoine n'a jamais été ouvert.

Les suites opératoires immédiates ont été excellentes excepté dans deux cas: celui de cet Espagnol dont l'observation est relatée plus haut et une autre fois où un sphacèle partiel des téguments a retardé la cicatrisation plus de deux mois.

Tous les malades sont partis guéris de l'hôpital sans fistule lymphatique.

Nous n'avons de nouvelles récentes que de sept malades. Les résultats lointains ne portent donc que sur le cinquième des cas. Ces résultats lointains sont excellents.

Il n'y a pas eu de récurrence locale ou paralocale même après douze ans. La guérison s'est maintenue stable et définitive. L'état local est bon, il n'y a pas d'empatement de

la région, la cicatrice est normale et ces anciens malades pour la plupart cultivateurs, nous écrivent qu'ils vaquent sans gêne à leurs occupations L'un d'eux a même fait toute la campagne dans l'artillerie sans une journée d'indisponibilité. L'état général est bon pour tous ces cas.

Nous avons appris qu'un autre opéré était mort cinq années après l'intervention d'une maladie intercurrente (grippe). Son état local nous dit sa mère s'était maintenu bon.

Nous ne pouvons nous prononcer sur les vingt-deux cas restants, car nous n'avons aucune nouvelle de ces opérés. Il est probable cependant que la plupart sont en bonne santé car ils n'auraient pas manqué comme l'Espagnol atteint d'œdème de revenir dans le service s'il leur était survenu quelque chose de fâcheux.

Si l'on compare les statistiques produites concernant les ablations de ganglions cervicaux on est frappé par le nombre vraiment considérable de récidives soit locales, soit à distance. A l'aîne rien de semblable ne se produit et Dowd note même dans une statistique publiée dans la *Pratique chirurgicale américaine*, que ce sont les tuberculoses inguinales qui font le moins de généralisation.

On peut donc conclure sans exagération qu'à l'aîne l'extirpation est dans bien des cas une cure radicale.

CONCLUSIONS

I. — L'extirpation nous paraît être le traitement de choix de l'adénite tuberculeuse inguinale; elle est d'autant plus simple et d'autant plus efficace que l'intervention est plus précoce et qu'on ne la laisse pas se compliquer de péri-adénite caséuse avec adhérences profondes, fistulisation et décollement de la peau.

II. — La technique de choix est celle qu'ont réglée simultanément MM. Gosset et Forgue et qui est dominée comme règle essentielle par la dissection méthodique de la saphène, sa ligature au-dessus de la masse et à son confluent et successivement par la ligature des artères sous-tégumentouse abdominale, circonflexe iliaque externe et honteuse externe.

III. — Les résultats sont excellents et stables; la guérison définitive est la règle dans la presque totalité des cas. La seule complication qu'on puisse craindre dans le cas d'une ablation bilatérale, c'est un certain degré d'œdème par stase lymphatique, et encore l'observation que nous avons produite à ce sujet démontre que cet œdème est temporaire et curable.

A l'aine, chez l'adulte, il semble donc bien que la cure soit radicale et que le malade soit débarrassé pour un très long temps, si ce n'est pour toujours, de sa tuberculose locale et celà sans risque redoutable.

BIBLIOGRAPHIE

- ARMSTRONG. — Extirpation of inguinal glands. *Med. news*, Phila., 1886, p. 682.
- AUSSPITZ. — *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, 1873, 5, p. 443.
- BROCA. — Adénite et lymphangite tuberculeuse. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris, 1906. Rapport Congrès de chirurgie, 1901.
- BRAULT. — Traitement des adénites inguinales à forme aiguë et subaiguë. *Lyon médical*, 1894.
- BROUARDEL (Georges). — Eléphantiasis des organes génitaux externes consécutif à l'ablation des ganglions inguinaux. Société française de dermatologie et de syphiligraphie, Paris, 1896.
- BATUT. — Des adénites vénériennes et des adénites tuberculeuses; leur traitement. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1904.
- BRODIER. — Maladies des lymphatiques. In *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, 2^e édition, Paris, 1909.
- BAUDIUS. — *Gazette des hôpitaux*, août, 1845; mars 1849.
- DUGAS. — Du traitement des adénites inflammatoires par l'extirpation. *Thèse de Montpellier*, 1909, n^o 73.
- DOWD. — Surgical diseases of the lymphatics in *American practice of surgery*.

- FEIGL. — Eine neue methode der Bubonen behandlung.
Munchen Med. W., 1907.
- FORGUE et RECLUS. — *Traité de thérapeutique chirurgicale*.
- FIOCRE. — Contribution à l'étude de l'éléphantiasis nostras. *Thèse Paris*, 1905.
- GALIEN. — Œuvres. Edition Kuehne, Leipzig, 1835.
- GUYON. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Article: Aine.
- GOSSET. — Technique de l'extirpation des adénites inguinales. *Journal de chirurgie*, février 1909.
- HIPPOCRATE. — Œuvres, édition Littre, III, 85.
- JACK. — The radical treatment of inguinal adenitis. *Wash. N. Am.*, 1907-1908, p. 162-166.
- KECHISSOGLON. — Contribution à l'étude de l'adénite tuberculeuse de l'aine. *Thèse Paris*, 1894.
- LARREY. — Mém. Acad. de médecine, XVI, p. 271, 1852.
- LEJARS. — Le bubon strumeux de l'aine. *Presse médicale*, 1894, p. 163.
- MANSON. — Traitement des adénopathies tuberculeuses. *Thèse de Paris*, 1895.
- MAUTRAC. — Plaies de la veine fémorale. *Archives générales de médecine*, 1888.
- POIRIER. — *Traité d'anatomie*.
- PARLAVECCHIO. — Di un methodo plastico per l'asportazione radicale delle adiniti inguino crurali ipertrophici. *Bull. d. Soc. Lancisiana d'Osp. di Roma* 1899, XIX, 119-208.
- RIEDEL. — *Archiv. für. Klin. Chir.*, XLVII, fasc. 3-4.
- SAPPEY. — *Traité des lymphatiques*.
- TESTUT et JACOB. — *Anatomie topographique*.
- TILLAUX. — *Anatomie topographique*.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 24 juillet 1920

Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuve,
Montpellier, le 24 juillet 1920.

Le Doyen,
MAIRET.

